

# ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

**В статье представлены данные о причинах, диагностике и лечении острых и хронических неспецифических болей в нижней части спины. Отмечается, что диагноз при острой боли в нижней части спины основан на исключении специфической причины, что требует сбора жалоб, анамнеза, соматического и неврологического обследований. При острых неспецифических болях в нижней части спины целесообразно информировать пациента о благоприятном прогнозе заболевания, для уменьшения боли использовать анальгетики или нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты. При хронических болях в спине эффективна когнитивно-поведенческая психотерапия, лечебная гимнастика, НПВП, миорелаксанты и антидепрессанты (при депрессивном расстройстве). В амбулаторной практике необходимо использовать международные рекомендации по ведению пациентов с болью в спине, что позволяет в большинстве случаев добиться быстрого положительного результата.**

*Ключевые слова: неспецифические боли в нижней части спины, нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, амбулаторное ведение пациентов с болью в спине*

**Б**оли в нижней части спины (пояснично-крестцовой области) — одно из наиболее распространенных страданий современного человека. Если длительность боли не превышает 6 недель, она расценивается как острая боль. При продолжительности от 6 до 12 недель она определяется как подострая, а при длительности от 12 недель и более — как хроническая.

Боль в нижней части спины — один из основных поводов обращений к врачу и факторов нетрудоспособности лиц различного возраста. С ними связаны громадные социально-экономические потери общества из-за временной утраты больными трудоспособности [1—4].

## ■ ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ В СПИНЕ

В редких случаях [3—5%] боли в нижней части спины имеют специфическую причину, которой могут быть новообразования, затрагивающие позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миелиомная болезнь), сирингомиелия, деструкция позвонков и поражение нервных корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит), дисметаболические нарушения (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), переломы позвоночника и некоторые другие заболевания. Боли в пояснично-крестцовой области могут возникать при различных соматических заболеваниях (поджелудочной железы, почек, органов малого таза) по механизму отраженных болей. Одна из основных задач врача — исключение специфической причины боли у пациента с жалобой на боль в нижней части спины.

Относительно редко [3—5%] острая боль в нижней части спины обусловлена компрессией спинномозгового корешка и его сосудов грыжей межпозвоночного диска (чаще всего между четвертым и пятым поясничными позвонками или пятым поясничным позвонком и крестцом) в заднем и заднебоковом направлении (дискогенная радикулопатия).

Чаще всего острая боль в нижней части спины не имеет специфической причины — неспецифическая боль в спине [3—5]. Она может возникать вследствие мышечного перенапряжения, например в результате неподготовленного движения или интенсивной физической нагрузки, приводящих к травме мышц спины, их растяжению, к надрывам мышечных и соединительнотканых волокон, особенно в местах прикрепления мышц. В МКБ-10 неспецифические боли в спине соответствует рубрике М54 «Дорсалгия», боли в нижней части спины — рубрике М54.5 «Люмбагия».

Другими причинами механических болей могут быть смещения тел позвонков (спондилолистез), позвоночный стеноз, нестабильность позвоночника и остеопороз.

Основные причины острой боли в нижней части спины представлены в *таблице 1*.

## ■ УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА ПРИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Для установления причины боли в нижней части спины ведущее значение имеет выяснение жалоб, сбор анамнеза, краткое соматическое и неврологическое обследование, что позволяет исключить признаки специфического заболевания, для которого характерны симптомы «опасности» (*табл. 2*). Соматическое обследование направлено на выявление злокачественных новообразований, инфекционных процессов и соматических заболеваний. При подозрении

**Таблица 1. Основные причины острой боли в нижней части спины**

«Механические» причины болей в нижней части спины (97%)	Неспецифические боли (80—85%). Патология межпозвоночных суставов (5—10%). Грыжи дисков (3—5%). Остеопороз (2—4%). Поясничный стеноз (1—3%). Спондилолистез (1—2%)
«Немеханические» причины боли (1%)	Опухоли, спондилоартриты, инфекционные поражения позвоночника
Соматические причины поясничной боли («отраженная» боль) (2%)	Заболевания почек, органов малого таза, аневризма аорты, заболевания желудочно-кишечного тракта

на специфическую причину боли в спине необходимы лабораторные и инструментальные методы исследования.

В большинстве случаев диагноз в поликлинике устанавливается на основании сбора анамнеза и краткого обследования, если они выявляют типичную клиническую картину скелетно-мышечной боли и при этом нет симптомов «опасности» — признаков соматического, онкологического или воспалительного заболевания [1—5].

Диагноз неспецифической боли в нижней части спины подтверждает ее возникновение после физической нагрузки, неловкого движения, длительного пребывания в неудобном положении. Боли обычно носят ноющий характер, усиливаются в поясничном отделе позвоночника при движении, определенных позах, ходьбе. При обследовании выявляют ограничение подвижности в поясничном отделе, напряжение мышц спины, мышечно-тонический синдром без признаков радикулопатии (отсутствие парезов, расстройств чувствительности и выпадения рефлексов).

В большинстве случаев, когда нет симптомов опасности и имеется типичная клиническая картина неспецифических болей в нижней части спины, не требуется дополнительных методов обследования [3, 4]. В тех ситуациях, когда имеются симптомы «опасности», необходимы лабораторные и инструментальные методы исследования, провести которые в большинстве случаев можно в амбулаторных условиях. Это общий анализ крови и мочи, рентгенография позвоночника в нескольких проекциях, компьютерная рентгеновская томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника, денситометрия, скинтиграфия костей таза и позвоночника.

Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяет выявить врожденные аномалии и деформации, переломы позвонков, спондилолистез, воспалительные заболевания (спондилиты), первичные и метастатические опухоли, а также другие изменения. Важно отметить, что признаки поясничного остеохондроза и (или) спондилоартроза обнаруживаются у большинства пациентов, поэтому их наличие не исключает специфической причи-

ны боли в спине и не может быть основой клинического диагноза [2].

Рентгеновская КТ и МРТ выявляют грыжи межпозвоночных дисков, позволяют определить их размеры и локализацию, а также обнаружить стеноз поясничного канала, опухоль спинного мозга или конского хвоста, а также другие изменения. Следует отметить, что при КТ и МРТ позвоночника даже у людей, которых никогда не беспокоили боли в поясничной области, часто выявляются признаки остеохондроза и другие дегенеративно-дистрофические изменения, особенно в старших возрастных группах. Поэтому наличие грыж межпозвоночных дисков по данным КТ или МРТ, особенно небольших размеров, также не исключает специфической причины боли в спине.

В настоящее время в поликлинике большинству пациентов, обратившихся с жалобой на боль в спине, проводят рентгенографию поясничного отдела позвоночника, потому что это входит в медико-экономические стандарты, принятые в нашей стране. Однако эта тактика остается дискуссионной, потому что в тех случаях, когда нет симптомов опасности, а возраст пациентов — от 20 до 50 лет, вероятность выявления специфической причины боли в спине очень низкая — порядка 1 случая на 1 тыс. пациентов. Таким образом, эта тактика является неоправданно затратной и увеличивает лучевую нагрузку на пациента. Целесообразно пересмотреть данный медико-экономический стандарт с учетом имеющихся международных рекомендаций по обследованию пациентов с болью в спине.

В тех случаях, когда у пациента хронические или частые повторные боли в нижней части спины, большое значение имеет оценка психосоциальных факторов [2—4]. Целесообразна консультация пациента в специализирующейся на боли в спине клинике. При оценке эмоционального и психологического состояния пациента могут быть выявлены депрессия, «болевого тип личности», рентное отношение к

**Таблица 2. Основные симптомы опасности («красные флажки») при острых болях в нижней части спины**

Возраст	моложе 18 лет и старше 50 лет
Анамнез	наличие недавней травмы спины или злокачественного новообразования и других заболеваний, проявляющихся болью в спине
Соматическое состояние	лихорадка, симптомы интоксикации, наличие заболевания, которое может проявляться болью в спине
Нетипичная боль	отсутствие связи болей с движениями позвоночника; необычная локализация болей: в промежность, прямую кишку, живот, влагалище; усиление болей в горизонтальном и ослабление в вертикальном положении; связь болей с дефекацией, мочеиспусканием, половым сношением
Неврологический статус	симптомы нарушения функции тазовых органов или поражения спинного мозга

болезни, что потребует особых методов лечения. К сожалению, эта тактика, распространенная в последние годы во многих странах, не получила должного развития в нашей стране.

### ТЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ

В большинстве случаев неспецифические боли в нижней части спины проходят в течение нескольких дней или недель. Хроническому течению поясничной боли могут способствовать неадекватное лечение острой боли, чрезмерное ограничение физических нагрузок, «болевого» тип личности, пониженный эмоциональный фон, в части случаев — заинтересованность пациента в длительной нетрудоспособности, аггравация имеющихся симптомов или рентное отношение к болезни [2—5].

Отсутствие эффекта от адекватного лечения или тем более нарастание боли с течением времени указывают на возможность специфической причины, в этих случаях необходимо более тщательное обследование пациента.

### ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Европейские рекомендации по ведению пациентов с острой болью в нижней части спины отражены в *таблице 3*.

**Таблица 3. Рекомендации по ведению пациентов с болью в нижней части спины (согласно van Tulder M. и соавт., с изменениями)**

Основные направления	Содержание направлений
Информирование пациента	о доброкачественном характере его заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения; целесообразности избегать постельного режима, сохранять активный образ жизни
Лекарственные средства	для облегчения боли — парацетамол или НПВП; при отсутствии эффекта от парацетамола или НПВП — назначение миорелаксантов
Другие методы	если нет эффекта от лекарственной терапии, возможно использование мануальной терапии; при отсутствии эффекта в течение 4—8 недель целесообразно комбинированное лечение (лечебная гимнастика, когнитивно-поведенческая терапия, лекарственные средства и др.)

Как видно из данных, представленных в таблице, одно из ведущих мест отводится информированию пациента о причине боли, ее благоприятном исходе, целесообразности сохранения двигательной активности. К сожалению, нередко пациенты получают иную информацию от врачей, часть из которых ведущую роль в происхождении болей в спине отво-

дят дегенеративно-дистрофическим изменениям позвоночника, грыжам межпозвоночных дисков, рекомендуют пациентам соблюдать постельный режим, избегать двигательной активности, ограничить профессиональную, социальную и бытовую деятельность.

**■ Ингибирование ЦОГ-1, которая присутствует в большинстве тканей и участвует в регуляции различных физиологических процессов, напротив, может быть причиной развития большинства побочных эффектов, среди которых преобладают желудочно-кишечные расстройства.**

При острых болях в нижней части спины эффективны НПВП, которые обладают хорошим обезболивающим эффектом и выраженным противовоспалительным действием. Механизм действия НПВП заключается в подавлении фермента циклооксигеназы (ЦОГ), которая играет ведущую роль в синтезе метаболитов арахидоновой кислоты (простагландинов и др.), усиливающих воспалительный процесс и непосредственно участвующих в формировании болевых ощущений. Противовоспалительный эффект НПВС во многом связан с блокированием ЦОГ-2 — фермента, образующегося в период различных воспалительных процессов. Ингибирование ЦОГ-1, которая присутствует в большинстве тканей и участвует в регуляции различных физиологических процессов, напротив, может быть причиной развития большинства побочных эффектов, среди которых преобладают желудочно-кишечные расстройства. НПВП противопоказаны при эрозивно-язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта, особенно в стадии обострения, выраженных нарушениях функции печени и почек, индивидуальной непереносимости, беременности.

В качестве НПВП применяется ацеклофенак, диклофенак, индометацин, мелоксикам, пироксикам, напроксен, ибупрофен и другие лекарственные средства. Средние терапевтические дозы диклофенака составляют 50—100 мг для приема внутрь или в виде ректальных суппозиторий, максимальная суточная доза — 150 мг внутрь, для достижения быстрого эффекта используется внутримышечное введение препарата. В последние годы в нашей стране широко используется ацеклофенак (Аэртал), который назначается по 100 мг 2 раза в сутки. По данным эпидемиологических исследований (частота серьезных побочных осложнений на миллион суточных приемов НПВП), ацеклофенак имеет более низкую частоту осложнений, чем диклофенак и другие НПВП [6]. В качестве селективных ингибиторов ЦОГ-2 эффективен целекоксиб по 200 мг два раза в сутки.

В комбинации с НПВП часто используются миорелаксанты внутрь или парентерально. Лечение миорелаксантами начинают с обычной терапевтической дозы и продолжают до исчезновения болевого синдрома. Доказано, что при

острой боли в нижней части спины добавление к стандартной терапии (анальгетики или НПВП) миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника [3]. В нашей стране наиболее часто используются толперизона гидрохлорид (по 300–450 мг/сут) и тизанидин (по 6–12 мг/сут). В случае невропатической боли (радикулопатии) эффективно использование противосудорожных средств, среди которых высокой эффективностью обладает прегабалин (Лирика) по 150–600 мг/сут.

По мнению международных экспертов [3, 7, 8], нет убедительных данных, свидетельствующих об эффективности массажа, лечения ультразвуком, электролечения, их назначение может утяжелять состояние и даже способствовать хронизации боли. Однако в нашей стране эти методы пользуются признанием у пациентов, многие считают, что они существенно улучшают их самочувствие, способствуют выздоровлению.

В амбулаторной практике значительная часть пациентов с острыми неспецифическими болями в нижней части спины начинают лечение у специалистов мануальной терапии, однако эффективность этого метода при острой боли остается дискуссионной, несомненен коммерческий аспект этого лечения. Длительность лечения у мануальных терапевтов часто растягивается на недели и даже на месяцы, при этом положительный эффект, который пациенты связывают с мануальной терапией, может быть обусловлен естественным выздоровлением. К сожалению, некоторые мануальные терапевты не проводят тщательный сбор анамнеза, соматическое и неврологическое обследования пациентов, поэтому не диагностируются специфические причины болей в спине, которые требуют особого лечения. Мануальные терапевты не всегда используют лекарственные методы лечения, которые могут дать быстрый терапевтический эффект. Они редко информируют пациентов о вероятном благоприятном исходе заболевания, часто рекомендуют повторные профилактические курсы мануальной терапии, целесообразность которых не имеет достаточных оснований.

Собственный опыт ведения пациентов с острой болью в спине показывает, что при использовании международных рекомендаций у большинства пациентов быстро достигается улучшение состояния, восстановление функциональной активности [9, 10]. При этом длительность лечения в среднем не превышает 2 недель без использования массажа, физиотерапевтического лечения, мануальной терапии. В случае оказания платных услуг пациентам с острой болью в спине такое лечение оказывается существенно дешевле, чем использование мануальной терапии.

#### ■ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Европейские рекомендации по ведению пациентов с хронической болью в нижней части спины отражены в *таблице 4*.

Когнитивно-поведенческая психотерапия — одно из наиболее эффективных направлений — проводится в специали-

**Таблица 4. Рекомендации по ведению пациентов с хронической болью в нижней части спины (согласно Airaksinen O. и соавт., с изменениями)**

Основные направления	Содержание направлений
Основные нелекарственные методы	когнитивно-поведенческая терапия, лечебная гимнастика, образовательная программа, комбинация этих методов терапии
Лекарственная терапия	парацетамол или НПВП, миорелаксанты, антидепрессанты
Другие методы	мануальная терапия, чрескожная электрическая стимуляция нервов, «школа» для пациентов с болью в спине
Хирургическое лечение	не ранее чем через 2 года при отсутствии эффекта от комбинированной терапии и наличии межпозвоночных грыж не более чем на двух уровнях

зированных центрах, но может быть организована и в обычной поликлинике [11]. Она основывается на положении, что хроническая боль в спине и связанное с ней снижение активности вызваны не только соматической патологией, но и психологическими и социальными факторами. Когнитивная часть включает выяснение представлений пациента о боли, связанном с ней снижении активности и изменение этих представлений (с использованием различных методик). Поведенческая часть направлена на увеличение двигательной и социальной активности, она может включать методики мышечной релаксации и уменьшения болевого ощущения (возможно применение метода «обратной» связи). Когнитивно-поведенческая психотерапия проводится медицинскими психологами или психотерапевтами. К сожалению, в нашей стране эта методика используется редко: она требует специальной подготовки неврологов или терапевтов. В определенной степени ее заменяет рациональная психотерапия, заключающаяся в разъяснении пациенту сути его заболевания, потенциально благоприятного прогноза и необходимости увеличения двигательной и социальной активности.

Лечебная гимнастика необходима и эффективна при лечении пациентов с хронической болью [12]. В результате регулярных занятий улучшается функциональная активность пациента и уменьшается боль. В настоящее время не доказано преимуществ каких-либо особых упражнений, занятий на специальных тренажерах, индивидуальных занятий. Основное значение имеет регулярность и систематичность занятий под руководством специалиста, умеренность нагрузки. К сожалению, не все пациенты активно занимаются лечебной гимнастикой, объясняя это усилением боли при физической нагрузке.

При хронической боли в спине, особенно при наличии у пациента депрессивного расстройства, эффективны антидепрессанты: трициклические (амитриптилин и др.) антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Собственный амбулаторный опыт ведения пациентов с хронической болью в спине показывает, что при использовании международных рекомендаций у большинства пациентов наблюдается быстрое уменьшение боли, восстановление функциональной активности [9, 10]. Эффективна комбинация рациональной психотерапии, лечебной гимнастики, применения НПВП (ацеклофенак, мелоксикам, целекоксиб), миорелаксантов (Мидокалм), антидепрессантов в случае депрессивного расстройства. В случае невропатической боли (радикулопатии) необходимо использование противоэпилептических средств, среди которых высокой эффективностью обладает прегабалин (Лирика). Собственный опыт лечения 54 пациентов с невропатической болью показал, что использование Лирики в дозе от 75 до 300 мг/сут позволяет быстро достигнуть существенного снижения болевого синдрома, во многих случаях избежать направления пациента на хирургическое лечение. К сожалению, врачи поликлиник не всегда назначают эффективные средства для лечения невропатической боли, хотя их использование часто позволяет быстро помочь пациенту, не прибегая к его госпитализации в стационар.

У большинства больных, страдающих хроническими неспецифическими болями в пояснично-крестцовой области, при МРТ или КТ обнаруживаются грыжи межпозвоночных дисков, однако хирургическое лечение показано только в единичных случаях. По мнению международных экспертов, оно рекомендуется только при отсутствии эффекта от длительного (2 года и более) консервативного лечения, включающего комбинированную терапию [4, 7, 8].

Для профилактики повторных болей в нижней части спины рекомендуют [8]: избегать чрезмерных физических (подъем больших грузов, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.), регуляр-

но заниматься лечебной гимнастикой, плаванием, совершать пешие прогулки.

Таким образом, острые боли в нижней части спины чаще всего не имеют специфической причины (неспецифические боли в спине), они обычно вызваны травмой или растяжени-

**■ Острые боли в нижней части спины чаще всего не имеют специфической причины (неспецифические боли в спине), они обычно вызваны травмой или растяжением мышц спины.**

ем мышц спины. Диагноз при боли в нижней части спины основан на исключении ее специфической причины, что достигается сбором анамнеза, соматическим и неврологическим обследованием. При хронической боли большое значение имеет оценка социальных факторов, возможности рентного отношения к болезни, депрессивного расстройства. При острых неспецифических болях целесообразно информировать пациента о благоприятном прогнозе заболевания, для уменьшения боли использовать НПВП и миорелаксанты. При хронических болях в спине эффективна когнитивно-поведенческая психотерапия, лечебная гимнастика, НПВП, миорелаксанты и антидепрессанты при депрессивном расстройстве.

Использование международных рекомендаций по ведению пациентов с болью в спине позволяет в большинстве случаев добиться быстрого положительного результата. Широкое внедрение этих рекомендаций в амбулаторную практику в нашей стране приведет к существенному улучшению результатов лечения, уменьшению числа пациентов с частыми и хроническими болями в нижней части спины и при этом — к снижению стоимости лечения пациентов.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. Н.Н.Яхно. — М., 2005. Т.2. С. 306—331.
2. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М., 2010. — 368 с.
3. van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // Eur Spine J. 2006— Vol. 15. (Suppl. 2): S. 169—S.191.
4. Airaksinen O., Brox J.I., Cedraschi C. et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain // Eur Spine J. 2006. 15 (Suppl. 2): S192—S300.
5. Эрдеc Ш.Ф. и соавт. Неспецифическая боль в нижней части спины. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. М., 2008. 70 с.
6. Lapeyre-Mestre M., Grolleau S., Montastruc J.L. Adverse drug reactions associated with the use of NSAIDs: a case/noncase analysis of spontaneous reports from the French pharmacovigilance database 2002—2006 // Fundam Clin Pharmacol. 2011 Sep 20. [Epub ahead of print].
7. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. — Amsterdam: Elsevier, 2002.
8. Burton A.K., Balague F., Cardon G. et al., for the COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. How to prevent low back pain // Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19: 541—555.
9. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Лечение острой неспецифической боли в спине в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. №3—4. С. 40—46.
10. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. №4. С. 65—71.
11. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. №1. С. 9—13.
12. Waddell G. The back pain revolution. Churchill Livingstone. 1998.